D'UNE N° 44

COMPLICATION PARTICULIÈRE DES PLAIES

OBSERVÉE EN COCHINCHINE

THÈSE

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER

le 30 juillet 1884

PAR

Adolphe DREVON

Né à Toulon (Var)

Médecin de 2me classe de la marine

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

MONTPELLIER

IMPRIMERIE CRISTIN, SERRE ET RICOME, RUE VIEILLE-INTENDANCE, 5

1884

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41534908_0092

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. J. BENOIT ✻ ✠.... Doyen
COMBAL ✻ ✠..... } Assesseurs
GRASSET..... ....}

Professeurs.

	Messieurs :
Pathologie externe.	BOYER ✻.
Accouchements.	DUMAS ✻.
Clinique médicale.	DUPRÉ ✻ C ✠.
Anatomie.	BENOIT ✻ ✠
Clinique médicale.	COMBAL ✻ ✠.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.	CAVALIER ✻.
Physique médicale.	MOITESSIER ✻.
Anatomie patholog. et histologie.	ESTOR
Médecine légale et toxicologie.	JAUMES.
Clinique chirurgicale.	DUBRUEIL ✻.
Chimie médicale et Pharmacie.	ENGEL.
Hygiène.	BERTIN-SANS.
Pathologie interne.	CASTAN.
Thérapeutique et Matière médic.	GRASSET.
Botanique et Histoire Natur. méd.	PLANCHON ✻ ✠.
Physiologie, chargé du cours.	LANNEGRACE.
Clinique chirurgicale. id.	N..
Opérations et appareils.	N...

MARTINS (O. ✻) FONSSAGRIVES (O. ✻), COURTY ✻. Profes honor.

Chargés de Cours :

Clinique des maladies des enfants. MM. BATTLE, agrégé.
Clinique des mal. syphilit. et cutan. GAYRAUD, agrégé.
Clinique des maladies des vieillards. HAMELIN, agrégé.

Agrégés.

Messieurs :	Messieurs
JACQUEMET.	MOSSÉ.
DE GIRARD.	REGIMBEAU ✻.
SERRE.	TÉDENAT.
ROUSTAN.	DUMAS fils.
CARRIEU.	BLAISE.
MAIRET.	BAUMEL.
CHALOT.	VILLE.
BIMAR.	GRANEL.
LANNEGRACE.	

M. F.-J. BLAISE, Secrétaire,

Examinateurs de la Thèse :

MM. JAUMES, *président ;*
DUMAS, professeur ;
SERRE, agrégé ;
BLAISE, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES MAITRES

A MES AMIS

A. DREVON.

A Monsieur le Professeur ESTOR

A mon Président de Thèse

Monsieur le Professeur JAUMES

A Monsieur le Professeur-Agrégé LANNEGRACE

A. DREVON.

INTRODUCTION.

Dans les derniers mois de l'année 1883, au moment des opérations militaires du Tonkin, alors que de nombreux convois de blessés étaient évacués des hôpitaux d'Hanoï et d'Hai-Phong sur celui de Saïgon, où nous étions alors attaché, il nous fut permis d'observer dans le service chirurgical de ce dernier hôpital, une complication des plaies tout-à-fait particulière chez plusieurs blessés qui y étaient en traitement.

Cette complication, par la soudaineté de son apparition autant que par la forme étrange et la nature contagieuse qu'elle revêtait et qui ressemblait peu à certains accidents que l'on peut observer dans les salles, attira immédiatement l'attention des divers chefs de service.

L'idée d'une forme particulière de pourriture d'hôpital qu'ils émirent dès le début, était-elle justifiée ? La contagiosité de cette complication, les conditions particulières dans lesquelles elle se produisit, son allure clinique devaient y faire penser immédiatement.

Cherchant à utiliser et à mettre à profit la bonne fortune qui nous mettait en présence d'un genre d'affection qui nous parut assez rare, nous cherchâmes à compléter les faits que nous présentait le processus qui se déroulait sous nos yeux, mais nos recherches dans la bibliothèque assez

restreinte de l'hôpital de Saïgon furent infructueuses et dans les auteurs que nous y trouvâmes qui traitent de cette variété de gangrène, nous ne découvrîmes aucune description des phénomènes que nous observions.

Nous ne fûmes pas plus heureux dans les recherches plus étendues que nous pûmes faire depuis notre retour en France. Les formes classiques de pourriture d'hôpital, décrites par Delpech, Follin, les auteurs du Compendium de chirurgie, notre inspecteur-général J. Rochard, etc., bien qu'offrant certains points de contact avec la forme que nous avons observée en Cochinchine, ne l'approchaient que de loin.

Nous fûmes plus heureux avec les auteurs étrangers. Grâce aux conseils bienveillants de M. le professeur-agrégé Tédenat, nous pûmes y trouver, sinon une description, du moins une citation du processus qui nous occupait. Mais ce fut tout, et les indications que nous en retirâmes furent bien minimes.

Les sources auxquelles nous aurions pu puiser des renseignements nous ayant à peu près complètement manqué, nous ne pourrons présenter un travail aussi complet que nous l'eussions désiré. Nous nous bornerons à décrire la marche que ce processus a présentée, son allure clinique, ses caractères principaux qu'il nous a été donné d'observer pendant près d'un mois et demi. Nous y joindrons les observations recueillies chez les principaux malades qui ont présenté cette complication et qui sont la reproduction fidèle et exacte de ce qui s'est passé.

Afin de compléter nos renseignements, nous avons

recueilli dans l'alcool un morceau des pseudo-membranes qui recouvraient les plaies de nos malades. Notre excellent ami le Dr Melian, préparateur du laboratoire d'histologie, a bien voulu, avec une complaisance digne de son bon cœur, nous faire toutes les préparations nécessaires. Nous lui adressons nos plus sincères remerciements.

Grâce à la bienveillance de M. le professeur Estor, qui a mis son laboratoire à notre disposition, et a bien voulu examiner et nous éclairer sur la constitution de ces préparations, nous avons pu ajouter un chapitre d'histologie pathologique à notre travail. Nous le prions d'agréer l'assurance de toute notre gratitude, et de vouloir bien accepter, comme un faible témoignage de notre reconnaissance, la dédicace de notre thèse.

Qu'il nous soit permis, en terminant, de remercier d'une façon toute particulière le Dr Mercier, médecin de première classe de la marine, pour toute l'obligeance qu'il a mise à nous aider de ses conseils et à compléter nos notes.

D'UNE

COMPLICATION PARTICULIÈRE DES PLAIES

OBSERVÉE EN COCHINCHINE

I.

ÉVOLUTION.

Les premiers symptômes du processus qui nous occupe se produisirent chez un homme porteur d'une vaste plaie à la partie postérieure de la cuisse gauche, plaie par arme à feu qu'il s'était faite par imprudence étant en faction pendant la nuit. Cet homme, d'une constitution ordinaire, était en traitement depuis un mois et demi environ et n'avait jusqu'alors présenté rien d'anormal tant au point de vue général que local. Il occupait le lit n° 37.

Vers le 15 novembre, sur cette plaie qui ne mesurait pas moins de 15 cent. de longueur sur 7 cent. de largeur, on vit apparaître 3 ou 4 brides blanchâtres, très dures et sillonnant la plaie en diagonale, en même temps que les bour-

geons charnus s'affaissaient et pâlissaient sur toute la surface suppurante. Les bords étaient rouges et la suppuration avait diminué; en même temps le blessé accusait de violentes douleurs à ce niveau, alors qu'il ne s'en était plaint en aucune façon jusque-là. Des cautérisations énergiques furent pratiquées pendant trois jours par le chef de service, M. Cognes, médecin de première classe, et réussirent à faire disparaître à peu près complètement ces premiers symptômes.

C'est à ce moment que le Dr Mercier remplaça le Dr Cognes et prit la direction du service des blessés.

45 lits sur 60 étaient occupés dans la salle. Les affections traitées y étaient très variées : plusieurs moignons à peu près guéris, plusieurs plaies par arme à feu, quelques fractures dont quelques-unes compliquées de lésions des parties molles, un adéno-phlegmon, quelques plaies diverses.

Tel était le bilan de la situation. Les plaies étaient en très bon état à ce moment. Cependant le malade déjà mentionné présentait encore deux ou trois points blanchâtres à la surface de la plaie. On pratiqua de nouveau des cautérisations à l'acide phénique, puis au fer rouge à l'aide du thermocautère de Paquelin, cautérisations suivies d'oscillations en bien ou en mal. Malgré tout, la plaie restait atone, la cicatrisation n'avançait pas.

Sur ces entrefaites, le départ d'un transport pour la France emporta une grande partie des malades de la salle, ce qui produisit un vide notable.

Il ne fut pas de longue durée. Quelques jours après, un nouveau convoi de blessés provenant d'Haï-Phong fut amené par le paquebot-annexe de Saïgon. Parmi eux, deux amputés, l'un au col de l'humérus gauche (méthode en raquette) avec un beau moignon à peu près cicatrisé. Il n'existait plus

que deux trajets fistuleux, un à chaque extrémité du diamètre inférieur de la cicatrice. L'état général de cet homme était remarquablement bon. Il occupa le n° 30.

L'autre amputé (que l'on dut mettre dans un cabinet), l'avait été à deux centimètres au-dessous de l'articulation du coude (avant-bras droit, amputation à deux lambeaux antérieur et postérieur). Ce malade était fatigué, atteint de dysenterie assez grave. Le moignon présentait un vilain aspect. Les extrémités des os que l'on pouvait apercevoir par suite du mauvais état de la plaie, étaient notablement gonflées atteintes d'ostéite et l'articulation du coude était aussi prise (douleurs excessives dans l'article et suppuration). Entre les deux lambeaux existait une plaie de deux à trois centimètres de largeur, plaie grisâtre, à suppuration peu abondante, sanieuse, de mauvaise nature. A la partie externe du moignon existait une autre petite plaie ayant un centimètre environ, trace d'une incision pratiquée à Haï-Phong la veille de son départ pour évacuer un petit abcès qui s'était formé là. Le lendemain de son arrivée à Saïgon, on fut obligé de pratiquer une nouvelle incision à la partie postérieure du moignon pour donner issue à une fusée purulente qui s'était produite à ce niveau. Il s'en écoula une quantité notable de pus horriblement fétide, présentant tous les caractères du pus osseux.

C'est trois ou quatre jours après l'arrivée de ces blessés dont nous n'avons cité que les principaux, que l'on constata la production brusque des phénomènes déjà présentés par le N° 37: les plaies et les moindres lésions cutanées étaient couvertes d'une fausse membrane blanchâtre. Citons entre autres le N° 19. Le malade qui occupait ce lit, et qui est un de nos principaux exemples de la contagiosité de l'affection qui nous occupe, était à l'hôpital depuis une quarantaine de jours pour fracture simple du tibia, jambe gauche. Lorsque,

dans les premiers jours de décembre, on sortit le membre du bandage silicaté qu'on y avait appliqué, il présenta vers le niveau de la fracture une légère rougeur érythémateuse, due à un peu d'irritation produite en ce point par l'appareil. Le malade s'étant écorché à ce niveau en se grattant, il s'y produisit quelques excoriations. Deux jours après, ces petites plaies s'ulcérèrent, augmentèrent en largeur, et le fond s'indura et se recouvrit de fausses membranes. Mêmes faits se passèrent chez le N° 40, atteint d'abcès à la fesse, dont nous donnerons l'observation plus loin, et chez le N° 9. Ce dernier, à la suite d'une écorchure au pied, avait eu un adéno-phlegmon dans la région inguinale, que l'on avait incisé et qui était en très bonne voie de guérison, lorsque apparurent chez lui les mêmes phénomènes. En deux jours toute la plaie se recouvrit d'épaisses fausses membranes. Après plusieurs jours de traitement où des cautérisations énergiques furent employées, effrayé de l'état de sa plaie qui ne faisait qu'augmenter de jour en jour, effrayé aussi de ce qu'il voyait se produire autour de lui, il demanda son *exeat*, et comme il appartenait à l'élément civil, on dut le laisser partir. Nous l'avons perdu de vue et ne savons ce qu'il est devenu.

Le N° 30 (amputation du col de l'humérus), résista davantage; cependant les bords des trajets fistuleux étaient devenus grisâtres; huit jours après son arrivée, le moignon s'indura et présenta comme un aspect œdémateux; les parties voisines de ces trajets s'ulcérèrent, la région devint plus sensible. Dès lors elle prit l'aspect des autres plaies, aspect qui fut uniforme, avec des degrés différents seulement.

Devant une recrudescence aussi brusque et l'extension de l'affection à presque tous les malades de la salle, M. le médecin en chef Chastang, chef du service de santé de la colonie, fit évacuer aussitôt la salle; les malades les plus

sérieusement atteints furent placés dans une salle voisine qui était alors vacante, les cas légers furent disséminés dans les autres services.

Ce changement de local n'amena aucune amélioration. Le processus continuait impitoyablement sa marche, sans être modifié par les cautérisations énergiques à l'aide desquelles on essayait de l'enrayer: les plaies augmentaient en étendue et en profondeur, le moral des malades soumis à un pareil traitement s'affectait de plus en plus.

Dans les premiers jours de janvier 1884, M. le médecin en chef les fit évacuer de nouveau sur un grand pavillon complètement isolé des autres salles dont il était distant de plus de trois cents mètres, qui était destiné aux fièvres éruptives, et qui venait à peine d'être achevé. Là, nos blessés se trouvèrent dans d'aussi bonnes conditions que possible tant au point de vue de l'aération que de l'isolement: ils purent être placés chacun dans un cabinet.

II.

CARACTÈRES PHYSIQUES

Aspect extérieur.— Toutes les surfaces envahies présentaient un aspect blanchâtre, analogue à une couche de tissu fibreux; au lever du pansement, on constatait une sécheresse absolue; pas la moindre trace de sécrétion sur les pièces qui étaient en contact avec la plaie.

Toucher.— Ces néo-membranes étaient rugueuses, dures comme du bois. Ce caractère a persisté depuis leur apparition jusqu'à leur disparition complète. Pas de douleur si l'on touchait seulement les parties artificielles, douleurs très vives, au contraire, si l'on ébranlait tant soit peu les parties. Au repos, pas la moindre sensation.

Dissection.— Ces membranes étaient très épaisses, surtout chez l'amputé de l'épaule et chez l'homme atteint d'adénite. On en a eu enlevé, certains jours, jusqu'à deux ou trois centimètres d'épaisseur avec le bistouri. Quand on arrivait aux tissus sous-jacents, on trouvait une surface violacée, lie de vin, donnant lieu à une hémorrhagie en nappe si on y touchait, sur laquelle on trouvait le lendemain une couche nouvelle très épaisse, malgré les cautérisations. On aurait dit une dégénérescence fibreuse.

Mode d'évolution.— Rongeant rapidement en profondeur et peu en surface; cependant peu à peu le mal s'étendait et

toute la cicatrice des moignons fut atteinte en dernier lieu, toujours sans sécrétion aucune, toujours l'aspect sec, couenne de lard.

Tissus voisins.— Induration circonvoisine considérable et très étendue. Le moignon de l'épaule entre autres était induré dans toute son épaisseur, et présentait une rénitence toute particulière quand on le prenait à pleines mains et qu'on serrait un peu.

Etat général.— Pas d'influence aucune. Malgré la ténacité et la marche envahissante de cette complication, malgré les souffrances que leur faisait éprouver le traitement auquel ils étaient soumis, nos malades n'éprouvèrent pas le moindre malaise, ni frisson, ni fièvre; pas de diarrhée, appétit conservé, pas de retentissement sur leur appareil digestif. Le moral, qui s'était déprimé dès le début, s'était un peu relevé dans la suite; ils s'étaient pour ainsi dire habitués à leur situation, et lorsque les douleurs que leur faisait éprouver chaque nouveau pansement avaient disparu, ils se levaient, se promenaient dans la cour, causant et fumant comme les autres malades. Inutile d'ajouter que les cordiaux et les toniques ne leur furent pas ménagés. Il n'y eut que l'homme du cabinet (l'amputé de l'avant-bras) qui eut un jour un frisson violent suivi d'une température de 40 degrés. C'était probablement un commencement d'infection purulente due à la suppuration osseuse. Les drainages furent augmentés, et aucun symptôme analogue ne se reproduisit. L'état général de ce malade, fort mauvais lors de son arrivée à Saïgon, ainsi que nous l'avons déjà dit, ne présenta jamais d'amélioration bien sensible, mais notons qu'il était atteint de dysenterie, de suppuration osseuse.

Nous avons recueilli quelques observations journalières des malades qui nous ont le plus occupé jusqu'ici, observations consignées sur la feuille de clinique de chacun. Elles permettront de mieux exposer la marche et l'allure des phénomènes qui nous occupent.

Observation I.

Calvé Pierre, 21 ans, originaire de la Vendée, soldat au 3me régiment d'infanterie de marine, 3 mois de colonie. Lit n° 30. Évacué du poste de Tay-Ninh, dont notre collègue, M. Deschamps, était le médecin. Billet d'entrée : Coup de feu à la cuisse gauche ; s'est blessé avec son fusil étant en faction pendant la nuit. Entrée de la balle à la partie moyenne et interne de la cuisse gauche, sortie à la partie supérieure du creux poplité. Dilacération des parties molles de la région, hémorrhagie en nappe assez abondante (7 octobre 1883).

10 octobre. A l'arrivée du malade à l'hôpital, on constate à l'ouverture d'entrée de la balle, une large plaie, aux bords déchiquetés et mortifiés de la largeur de la main, située à environ 15 cent. au-dessus du condyle interne du fémur. L'ouverture de sortie présente les mêmes caractères, mais son étendue est plus considérable, et la plaie intéresse à peu près toute la partie supérieure du creux poplié. Entre les deux ouvertures, le trajet de la balle exploré avec une sonde molle, ne pénètre que fort peu dans les muscles, et suit la face profonde de la peau. Au niveau du trajet, la peau présente à l'extérieur une ligne noirâtre, large de

deux doigts environ, allant d'une ouverture à l'autre. Etat général satisfaisant, léger mouvement fébrile le soir.

15 octobre. Mortification de la peau située au niveau du trajet. A mesure que les brides qui unissaient les deux bords s'éliminent, la plaie s'agrandit en largeur.

25 octobre. Toutes les parties mortifiées se sont éliminées et l'on n'a plus aujourd'hui qu'une vaste plaie large de 7 à 8 centimètres environ. Le fond en est rosé, de bon aspect; suppuration abondante.

12 novembre. Ce matin, au lever du pansement, le malade accuse de la douleur dans le membre. La coloration rosée de la plaie est moins franche, la suppuration est moins abondante, pas de tuméfaction des tissus voisins; pas de chaleur anormale, le malade a passé une bonne nuit.

13. Moins de douleur qu'hier; la plaie est légèrement violacée, elle est sillonnée en certains endroits par des brides blanchâtres, très adhérentes et comme fibreuses que l'on touche au fer rouge. Pas de réaction.

14. On continue les cautérisations; les brides blanchâtres persistent sans avoir augmenté; même aspect de la plaie.

17. La plaie commence à se déterger; la partie moyenne a repris sa coloration rosée et bourgeonnante. On cautérise les brides qui persistent encore.

19. Le mieux continue : quelques points blanchâtres, toujours très consistants, persistent encore.

24. La pluie a repris ce matin le mauvais aspect qu'elle avait il a douze jours. Réapparition des lignes blanchâtres qui sont beaucoup plus larges et épaisses et forment une véritable membrane dure et adhérente, diminution notable de la suppuration, pas de réaction.

26. Les fausses membranes ont envahi toute la plaie; elles présentent en certains points une épaisseur d'un

centimètre. Toute suppuration a disparu et la plaie paraît être recouverte d'une couche aponévrotique.

29. La plaie s'agrandit assez rapidement, les bords en sont rougeâtres, tuméfiés et indurés : le fond présente une dureté remarquable, les brides cicatricielles qui avaient commencé à se produire ont disparu.

1er décembre. Même état de la plaie, les bords en sont taillés à pic, la surplombant, toujours indurés.

Jusque vers le 12, les fausses membranes persistent et se reproduisent rapidement à mesure qu'on les enlève.

15. L'induration des bords paraît avoir un peu diminué depuis deux jours, les fausses membranes sont moins épaisses, et en quelques points on aperçoit la coloration rougeâtre du fond de la plaie. Le malade a toujours bon appétit, repose suffisamment et ne souffre que quand on le touche.

20. Les phénomènes sont aussi intenses qu'auparavant, la région a repris son mauvais aspect.

28. Depuis hier, les symptômes semblent s'amender et on constate un peu d'amélioration.

2 janvier. L'amélioration continue, quoique lentement. En quelque points, les membranes ont diminué d'épaisseur et l'on aperçoit au-dessous une couche granuleuse de bourgeons de bonne nature.

5. Nouvel affaissement des bourgeons, et réapparition des membranes.

12. Amélioration sensible depuis deux jours. Les fausses membranes ont disparu assez rapidement en certains points, mais il reste toujours des îlots sur lesquels elles conservent une certaine épaisseur. Suppuration plus abondante.

15. Même couleur, les points isolés ont à peu près tous

disparu, la plaie se déterge et se couvre de bourgeons charnus pleins de vitalité. Le pus a repris son aspect lié et de bonne nature.

18. La plaie bourgeonne partout, l'induration circonvoisine a disparu, les téguments ont repris leur souplesse normale.

Observation II.

Beullé Alcide, 22 ans, né à Ouzaner (Loir-et-Cher), soldat au 2e régiment d'infanterie de marine, 6 mois de colonie. Lit n° 30. Coup de feu au bras gauche ; amputation au niveau du col huméral. Evacué d'Hanoï sur l'hôpital de Saïgon où il arrive le 7 décembre.

8 décembre (observation d'entrée). Blessé le 1er septembre au Tonkin.

La balle a atteint la partie supérieure du bras gauche et fracturé l'humérus après avoir produit de grands désordres dans les parties molles. Amputation pratiquée le lendemain. A son arrivée à Saïgon, le moignon est à peu près complètement cicatrisé, sauf à la partie la plus inférieure où se trouvent deux petits trajets fistuleux d'une profondeur d'un à deux centimètres. Sujet très vigoureux, état général très satisfaisant.

16. Depuis deux jours, les ouvertures fistuleuses sont devenues fongueuses, se sont ulcérées en s'agrandissant, écoulement séro-purulent, jaunâtre, apparition de points membraneux sur l'ouverture supérieure, une cicatrice située à la partie supérieure de l'épaule (et résultant d'une incision pratiquée pour faire une désarticulation de l'épaule, opération que l'on a abandonnée pour pratiquer l'amputation au

col de l'humérus), s'est ulcérée, indurée et recouverte de tractus blanchâtres et fibreux.

18. Les fausses membranes recouvrent tous les points ulcérés et tendent à envahir toute la cicatrice qui présente une coloration rouge-vineux et se détruit peu à peu. A ce jour, il s'est produit à la partie externe du moignon deux ulcères d'un centimètre de diamètre. Les deux orifices fistuleux de la partie supérieure ont aussi gagné en largeur.

20. Les quatre plaies se sont aujourd'hui réunies deux à deux et forment deux vastes solutions de continuité, l'une à la partie externe, l'autre à la partie inférieure du moignon. Elles mesurent toutes deux près de 6 centimètres dans leur plus grand diamètre. Leur profondeur est de 3 centimètres. Le fond en est blanc, grisâtre, dur et râclant au grattage, à peine humide, comme aponévrotique et fibreux. Les bords qui surplombent sont taillés à pic, durs à la pression, et cette induration se fait sentir dans toute l'épaisseur et l'étendue du moignon. Peu de douleur à la cautérisation superficielle de la plaie. Etat général toujours satisfaisant.

1er janvier. L'ulcère de la partie externe semble présenter un peu d'amélioration. Le fond semble se colorer en rose et quelques petits bourgeons charnus apparaissent sur les bords. Même état de l'ulcère inférieur qui est toujours induré et résiste au râclage à la spatule.

8. Un peu d'amélioration; l'ulcère inférieur est moins dur et semble se déterger sur certains points.

11. Réapparition des fausses membranes à la plaie supérieure, très épaisses, toujours très dures. Absence continue de toute sécrétion.

15. Amélioration notable depuis deux jours, la rénitence générale du moignon et l'induration des bords de la plaie ont diminué notablement.

17. Les plaies commencent à bourgeonner bien qu'il existe encore quelques points membraneux isolés. Ces points persistent surtout au niveau de réunion des deux plaies. On continue à ce niveau les scarifications. La suppuration est assez abondante, de bonne nature.

Amélioration continue; les fausses membranes qui persistent encore diminuent de plus en plus d'épaisseur et ne forment plus qu'un léger voile. Les bourgeons apparaissent tout autour. Suppuration louable.

Observation III.

Maros (Mathurin-François), 23 ans, né à St-Pever (Côtes-du-Nord), soldat au 2e régiment d'infanterie de marine, 10 mois de colonie.

Blessé le 1er septembre au Tonkin. Evacué sur Saïgon où il fut mis dans un cabinet à son arrivée.

8 décembre (observation d'entrée). A reçu un coup de feu à l'avant-bras droit; les désordres produits ont nécessité l'amputation. La section des os a été faite à 2 cent. au-dessous de l'article.

La réunion des lambeaux étant incomplète, lorsque les points de suture ont été enlevés, il s'est produit des décollements sur toute leur longueur et il en est résulté une plaie dont la cicatrice en partie constituée offre une largeur de 2 cent. sur 8 cent. de longueur environ.

Le moignon est volumineux, affectant la forme d'une massue légèrement bifide au sommet. Le sillon situé entre les deux lambeaux présente encore trois points ulcérés dont le médian a surtout un mauvais aspect. Le malade accuse

peu de douleur à la partie interne qui est rougeâtre et un peu fluctuante en un point. Une incision en fait sortir une quantité notable de pus fétide ; le malade attribue la production de cet abcès à une chute faite pendant la traversée dans laquelle le moignon reçut un choc violent en ce point. Le blessé est, en outre, atteint de dysenterie depuis huit jours. 4 à 5 selles dans la journée.

11. Le malade accuse un peu de malaise, l'ulcération du milieu de la cicatrice s'est un peu agrandie, les bords sont un peu indurés, violacés, taillés à pic ; première cautérisation au thermo-cautère.

13. Apparition de fausses membranes sur toute la plaie qui s'est agrandie et occupe presque toute la cicatrice. Mêmes symptômes sur l'incision pratiquée à la partie interne.

15. Les fausses membranes sont enlevées avec la pince et le bistouri, et le fond de la plaie est cautérisé au Paquelin.

16. On emploie aujourd'hui le perchlorure de fer en badigeonnage sur la plaie qui présente le même aspect.

17. Le malade a eu hier soir, vers 6 heures, un frisson violent suivi d'un accès de fièvre où la température est montée jusqu'à 40 degrés.

22. Extension considérable de la plaie qui occupe presque toute la base du cône formé par le moignon. Une petite excoriation qui existait à la partie postérieure atteint aujourd'hui une largeur de 4 cent. de diamètre. Les bords en sont taillés à pics, indurés, le fond recouvert d'épaisses fausses membranes. Suintement peu considérable d'un ichor séreux, sans fétidité. Sensation d'induration profonde dans tout le moignon. La diarrhée persiste.

26. Pas d'amélioration. La diarrhée augmente. Cautérisations énergiques des plaies et des trajets qui les font communiquer.

2 janvier. Six selles dans les 24 heures contenant encore

quelques filets de sang. L'état des plaies ne présente pas d'amélioration notable. Les différents trajets dans lesquels on a introduit des drains sont aussi recouverts de fausses membranes. Amaigrissement notable, pas d'appétit.

5. Toutes les plaies se sont réunies, recouvrant toute la partie inférieure et latérale du moignon. Une couche membraneuse épaisse recouvre le tout, empêchant toute exsudation. La surface à peine humide est rugueuse, comme fibreuse, et n'est entamée que par le bistouri. Etat général mauvais. Démoralisation, perte complète d'appétit, insomnie, maigreur très prononcée.

9. La diarrhée est un peu enrayée depuis quelques jours, et l'état général s'est un peu relevé. Le malade dort depuis quelques nuits et peut prendre quelques aliments. Même état du moignon.

13. Amélioration notable de la plaie depuis que l'on fait des scarifications au bistouri sur les fausses membranes, intéressant toute leur épaisseur, et que l'on touche ensuite à l'acide phénique pur. L'induration a diminué sensiblement.

15. La plaie se déterge peu à peu et l'on aperçoit un fond rosé de bonne nature. La suppuration commence à s'établir. Cette amélioration est moins sensible à la partie postérieure. Etat général moins mauvais.

17. Toute la plaie est recouverte de bourgeons de très bon aspect, et l'induration du moignon a disparu. Le malade se sent beaucoup mieux.

Observation IV.

Garnier Alphonse, 23 ans, né à Lusignan (Vienne), caporal au 3me d'infanterie de marine, 12 mois de colonie. Lit n° 19.

26 octobre. Fracture simple sus-malléolaire du tibia gauche à la suite d'une chute faite hier soir dans l'escalier de la caserne. Pas de déplacement des fragments ; un peu de gonflement de la région et du pied correspondant.

7 novembre. On applique un bandage silicaté.

6 décembre. Ouverture du bandage, pas de déformation ; vers le niveau du point fracturé, sur la face antérieure de la jambe, on observe une plaque rouge érythémateuse.

9. Les parties voisines des excoriations que le malade s'est faites en se grattant sont tuméfiées et violacées.

15. Les écorchures se sont réunies et ont formé deux petites plaies ulcéreuses de mauvais aspect, à forme arrondie, en cratère ; les bords sont saillants, indurés, taillés à pic ; le fond de la plaie est blanchâtre ; pas de suppuration.

16. Les plaies sont recouvertes de fausses membranes épaisses, à aspect fibreux. Une troisième pustule s'est produite dans le voisinage.

21. Les trois plaies ont aujourd'hui un centimètre et demi environ de diamètre. Leur fond est toujours induré et recouvert de fausses membranes très adhérentes et sèches.

28. Même état des plaies et des parties voisines qui sont tuméfiées et indurées. Quelques douleurs sourdes dans le membre pendant la nuit.

5 janvier. Un peu d'amélioration, plus de douleurs. La région serait un peu moins indurée.

8. Le mieux continue, les plaies commencent à se déterger, les membranes à diminuer d'épaisseur. Un peu de liquide séro-purulent.

12. Meilleur aspect des plaies sur lesquelles commencent à apparaître des bourgeons charnus de bon aspect, suppuration assez abondante.

Les parties voisines ont repris leur consistance normale.

16. Etat très satisfaisant des plaies qui sont à peu près comblées par les bourgeons charnus.

Observation V.

Lecomte (Claude), 20 ans, né à Chassey (Jura), ouvrier mécanicien à bord de l'éclaireur d'escadre *l'Hamelin*. Lit n° 40.

25 novembre. Abcès à la région fessière droite survenu il y a huit jours; l'abcès a été incisé par le médecin du bord. A son entrée, écoulement purulent assez abondant, inflammation des parois et rougeur avec tuméfaction des parties voisines; engorgement des ganglions inguinaux correspondants. Peu de réaction générale.

4 décembre. L'état inflammatoire de la région a disparu; bon aspect de la plaie dont le fond est couvert de bourgeons charnus.

10. Depuis deux jours on remarque un peu d'atonie de la plaie dont le fond et les bords sont violacés.

12. Les bords de la plaie sont indurés et recouverts de fausses membranes; cautérisations au thermo-cautère. Ecoulement sanieux de mauvais aspect.

15. La plaie s'est agrandie en largeur et en profondeur. Les fauses membranes, dures, résistantes, en occupent toute

la surface. Les parties voisines sont tuméfiées et indurées. Pas de suppuration.

20. Même état. Les membranes ont augmenté d'épaisseur et sont toujours aussi résistantes. Le râclage ne suffit pas pour les enlever.

24. Un peu d'amélioration ; le fond et les bords sont moins durs quoique toujours blanchâtres. Toujours pas de suppuration.

1er janvier. Etat stationnaire de la plaie qui est toujours indurée.

8. L'amélioration s'accentue depuis deux jours. Le fond de la plaie s'est un peu détergé, les bords seuls sont toujours indurés et toujours recouverts de l'enduit blanchâtre. Un peu de suppuration.

12. Progrès sensibles ; les bords se sont ramollis, les fausses membranes ont disparu, les bourgeons apparaissent au fond de la plaie. Suppuration de bonne nature.

III.

DIAGNOSTIC.

Pouvait-on donner le nom de diphthérie à cette forme particulière et bizarre que revêtaient toutes ces plaies? Rien dans la salle, rien dans l'hopital ne pouvait être rapporté à une manifestation de cette redoutable maladie. Depuis longtemps aucun cas n'y avait été traité.

L'état général de nos malades, l'intégrité des muqueuses suffisait à écarter cette idée qui aurait pu être réveillée par l'aspect et la reproduction rapide des néo-membranes. Nous n'avions pas ici «cette sécrétion aqueuse imprégnant toutes les pièces de pansement, d'une odeur essentiellement pénétrante, dont parle Heine dans son Traité de la diphthérie des plaies (1), odeur telle, qu'une personne jouissant d'un odorat sensible, peut deviner même à une certaine distance la présence d'une plaie atteinte de cette complication. O. Weber en aurait diagnostiqué un cas de cette façon.

Chez nos malades, pas la moindre odeur, pas de suintement sensible. On ne constatait pas non plus cette coloration verte des pièces de pansement, qu'Heine attribue à la présence de vibrions qui auraient cette couleur. Ce n'était pas cette exsudation pseudo-membraneuse se faisant à la surface des tissus, sur lesquels elle se dépose par couches stratifiées; c'étaient les tissus eux-mêmes, qui, par suite d'une influence

(1) *Enciclopedia di patologia chirurgica dai dottori Pitha e Billroth. versione dal tedesco pei dottori Michele del monte et Giovanni Antonelli.* (Vol. I, Parte II, Sat, II.)

spéciale, subissaient une transformation particulière par la prolifération et les modifications de certains de leurs éléments, et fournissaient la matière même de la membrane.

Chez nos blessés, la complication était toute locale, l'infection ne régnait que dans la plaie, et ce n'était pas cette intoxication générale se manifestant sur divers points de l'économie n'ayant aucune communication directe entre eux.

Les caractères étaient trop tranchés aussi, pour que l'on pût songer à cette modification particulière à la Cochinchine, que subissent parfois les moindres lésions cutanées, et qui est désignée sous le nom d'ulcère ou plaie annamite. L'aspect général de ce genre de complication, que nous avons eu l'occasion d'examiner très souvent, la nature sanieuse et ichoreuse de la sécrétion, la coloration livide et violacée de la plaie et des parties voisines, et surtout l'absence de contagiosité suffisaient à les différencier.

Aucune manifestation de scorbut ne s'était non plus manifestée dans le corps expéditionnaire d'où provenaient les blessés, et aucun symptôme propre à cette maladie ne s'était produit pouvant éveiller l'idée d'une complication de ce genre.

Pouvions-nous donner le nom de pourriture d'hôpital à l'affection étrange qui avait envahi nos salles, et considérer les symptômes que nous présentaient les plaies de nos malades, comme une manifestation particulière de cette complication ?

Si nous examinons les conditions dans lesquelles s'était produit et développé ce processus, nous voyons qu'elles tiennent le premier rang parmi celles que l'on a invoqué pour expliquer l'étiologie de cette affection. En effet, la plupart de nos malades venaient du Tonkin où ils avaient eu à supporter toutes sortes de fatigues, ayant à opérer

sous un climat torride, dans un pays essentiellement marécageux, couvert de rizières, dont le terrain était détrempé par des pluies abondantes et des inondations fréquentes, se trouvant souvent dans des conditions matérielles insuffisantes. Blessés, ils avaient été dirigés sur des ambulances à peines installées, où l'encombrement et ses funestes conséquences devaient naturellement se faire sentir. Dès que leur état leur avait permis d'être évacués sur Saïgon, on les avait embarqués sur de petits paquebots-annexes qui avaient été réquisionnés à cet effet, qui n'étaient nullement installés pour transporter des malades et très insuffisamment aménagés pour pourvoir à leurs besoins. Nos blessés couchaient dans l'entrepont ou sur le pont, les plus fatigués ayant seuls une couchette; malgré le zèle et la bonne volonté du médecin du bord, les pansements ne pouvaient être renouvellés suffisamment pendant les quatre ou cinq jours que durait la traversée. Ajoutons à cela les fatigues du voyage, dues surtout au mauvais état de la mer qui règne à cette époque dans ces parages, et nous verrons que nos malades se trouvaient dans des conditions nosocomiales suffisantes pour expliquer les symptômes que nous observions et justifier le diagnostic qu'avaient porté notre médecin en chef et les autres médecins de l'hôpital.

A Saïgon, les conditions n'étaient certainement plus les mêmes, car il serait difficile de souhaiter un hôpital mieux aménagé et mieux compris pour les pays chauds. Il se compose d'une série de pavillons à un étage, placés sur la même ligne, élevés sur un soubassement en pierre qui ne mesure pas moins de 1 mètre 50 cent. de hauteur, ce qui met les salles du rez-de-chaussée entièrement à l'abri de l'humidité du sol et permet une aération aussi complète que possible La charpente de ces bâtiments est entièrement en fer. Les salles vastes, spacieuses, présentent de nombreuses ouvertures qui permettent à l'air et à la lumière d'entrer abon-

damment, sont entourées d'une large verandah sous laquelle les malades peuvent se tenir dans la journée. De grandes allées de tamariniers et de flamboyants leur ménagent de très agréables lieux de promenade. Comme dans tous nos hôpitaux de la marine, où existe un personnel d'infirmiers et de journaliers nombreux, soumis à une discipline sévère, l'hôpital de Saïgon présente la propreté la plus désirable et la plus parfaite, et sous tous les points de vue du bien-être, nos malades se trouvaient dans les meilleures conditions matérielles possibles.

Mais à l'époque où se produisirent les phénomènes qui nous occupent, par suite des nombreux envois qui nous arrivaient du Tonkin, les salles étaient souvent remplies de malades attendant soit une occasion pour être rapatriés, soit que leur état leur permît de supporter les fatigues du voyage, et, sous le climat tropical de la Cochinchine, en raison des chaleurs excessives qui y règnent toujours, de l'état d'humidité constant de l'air, et de l'absence de toute brise pouvant balayer l'atmosphère des salles, il était difficile, sinon impossible, de combattre les effets de cet encombrement. Ajoutons à cela le voisinage de salles contenant de nombreux diarrhéiques et dysentériques, et nous voyons que les conditions du milieu dans lequel se trouvaient nos blessés pouvaient expliquer le genre d'affection en présence duquel on se trouvait.

Admettant pour un instant que les symptômes présentés par le n° 37 fussent une manifestation de la pourriture d'hôpital, et leur apparition pouvait suffisamment s'expliquer par toutes les raisons que nous venons d'énumérer, pouvions-nous les rattacher à une des variétés de cette affection?

Nous ne ferons que citer sans nous y arrêter les formes vésico-pustuleuse et hémorrhagique de Delpech et Follin, dans lesquelles les surfaces sont comme ecchymosées et

couvertes d'une couche pultacée, noirâtre, analogue à une masse de caillots sanguins, avec tendance à l'hémorrhagie.

La forme ulcéreuse, caractérisée par la production d'ulcérations au fond de la plaie, s'étendant progressivement en largeur et en profondeur, sécrétant un ichor grisâtre, sanieux, fétide, n'avait, elle aussi, aucune analogie avec la manifestation que nous avions sous les yeux, et ne nous arrêtera pas davantage.

Reste la forme pulpeuse, la plus commune et la plus grave, accompagnée de troubles généraux plus accentués que dans les autres formes, caractérisée par la production d'un dépôt couenneux, demi-transparent au début, recouvrant la surface de la plaie adhérent aux bourgeons charnus sous-jacents, augmentant en épaisseur de jour en jour et après un certain temps se ramollissant en devenant jaunâtre, puriforme, subissant une fonte putrilagineuse avec production d'un écoulement tenu, très abondant, pénétrant promptement toutes les pièces du pansement, exhalant une fétidité insupportable. « L'aspect de la masse pulpeuse, dit Delpech, donne l'idée d'un pus épais que l'on est tenté d'enlever, mais les efforts que l'on fait dans cette intention n'ont d'autre effet que de la déplacer légèrement. sans que l'on puisse mettre à découvert les parties qu'elle cache (1).»

Jusqu'ici, cette forme, quoique offrant certaines analogies avec ce que nous avons décrit, en diffère cependant notablement sous plusieurs points de vue. L'absence absolue d'accidents généraux chez nos malades, la consistance fibreuse de membrane, la sécheresse des parties établissent des différences trop tranchées. Nous trouvons bien dans l'excellent article de J. Rochard du Dictionnaire de médecine et de

(1) Delpech, Mémoire sur la pourriture d'hôpital, § 4.

chirurgie, « qu'à un certain degré de la forme pulpeuse, on observe une augmentation de consistance de la fausse membrane, qui adhère si fortement aux tissus sous-jacents, qu'il faut, pour l'enlever, procéder à une véritable dissection (2),» mais ce stade de la forme pulpeuse indique un degré de gravité assez élevé, accompagné de phénomènes généraux déjà sérieux, à la suite duquel la membrane se ramollit, s'étend en profondeur comme en surface, infiltre et dissèque le tissu cellulaire des muscles, tendons et vaisseaux entre lesquel elle s'insinue, détruisant tous les organes qu'elle envahit et les réduisant en une bouillie putrilagineuse. Ce n'est certainement pas ce qui s'est passé chez nous.

Les points de contact que nous offre la pourriture d'hôpital décrite par nos auteurs, nous paraissent bien insuffisants pour nous autoriser à ranger les phénomènes que nous avons observés dans une des variétés citées. Nous ne trouvons nulle part les caractères si bien tranchés que n'ont cessé de nous présenter nos malades, tant au point de vue local que général.

Il est difficile dans les auteurs Allemands de trouver une description bien nette de la pourriture d'hôpital. La confusion qu'ils font de cette variété de gangrène et des accidents diphthéritiques des plaies, permet difficilement de différencier ce qui appartient à chacune de ces complications. Heine leur reconnaît la même cause et assigne la même structure avec deux fausses membranes. Nous trouvons bien à un certain passage de son chapitre sur la gangrène diphtérico-pulpeuse, que dans certaines circonstances on peut observer une sécheresse du fond de la plaie. avec disparition complète de toute suppuration, tandis que la superficie de l'ul-

(2) Dictionnaire de médecine et de chirurgie, t. 29.

cération est luisante comme un miroir, d'une couleur grisâtre ou blanchâtre, prenant un aspect *coriace*. C'est la description de la gangrène nosocomiale granitée et parcheminée de Fodéré et Touraine, qui est un des degrés extrêmes de cette affection, voisin de l'infection putride.

Dans une autre partie de ce même traité, Heine parle cependant d'une forme particulière de gangrène nosocomiale qu'il aurait observée à la clinique d'Heidelberg, et qui offrirait beaucoup d'analogie avec ce que nous avons observé « Quatre jours après l'extirpation d'un myosarcome qui s'était produit sur l'éminence thénar gauche, tumeur adhérant intimément avec les couches musculaires sous-jacentes, la plaie, qui ne s'était pas encore complètement détergée, se recouvrit d'une membrane diphtéritique solidement adhérente et s'insinuant entre les faisceaux musculaires. Lorsque cette membrane eut été enlevée, la plaie parut présenter un meilleur aspect pendant quelque temps, mais une dizaine de jours après, les faisceaux musculaires qui avaient été infiltrés par cet exsudat, se gonflèrent, formant une tumeur de la grosseur d'un œuf de poule, d'une coloration grisâtre et d'une consistance dure, sans sécrétion putride aucune. La structure de cette nouvelle tumeur, examinée au microscope, présenta une analogie surprenante avec le sarcome extirpé, au point que si l'on n'avait connu les faits, on aurait pu croire à une récidive (1).» Des conclusions tirées de cette observation, Heine est porté à admettre une forme *sarcomateuse* de la gangrène nosocomiale.

Là s'arrêtent les seuls renseignements que nous ayons trouvés, pouvant avoir quelque analogie avec les phénomènes observés à l'hôpital de Saïgon, nous laissant dans la

(1) Heine (Pitho et Billroth), *loc. cit.*

même incertitude sur la place à leur assigner. Nous regrettons vivement que d'autres observations analogues n'aient pas été relatées pouvant autoriser à admettre une nouvelle forme de pourriture d'hôpital, forme à laquelle la dénomination de fibreuse ou de sarcomateuse, dans le sens que lui donne Heine, conviendrait parfaitement, à moins qu'on ne veuille en faire un processus particulier.

Nous nous contentons d'apporter dans notre travail nos réflexions et le fruit de nos observations, heureux si, dans la suite, nous pouvons être utile à quelqu'un qui, plus autorisé que nous, pourra ranger sous une dénomination particulière les phénomènes que nous avons observés.

IV.

HISTOLOGIE PATHOLOGIQUE.

Nous ne donnerons dans ce chapitre que le résultat de l'examen microscopique de nos préparations, sur la nature desquelles M. le professeur Estor a bien voulu nous donner son opinion.

Le microscope a permis de reconnaître dans les pseudo-membranes que nous avons rapportées, la présence des tissus constituants de la région sur laquelle elles avaient été recueillies, avec des altérations plus ou moins prononcées.

Ces altérations présentaient les indices d'un travail inflammatoire excessif.

Tissu conjonctif. — Tous les éléments du tissu conjonctif étaient en voie de prolifération très active. Toutes les préparations étaient remplies de corpuscules de ce tissu, à l'état embryonnaire. Dans ces éléments, c'était la forme arrondie qui prédominait.

Vaisseaux. — La tunique moyenne était parfaitement conservée, les fibro-cellules en parfait état.

La tunique externe était considérablement épaissie. Au milieu des éléments conjonctifs en voie de prolifération active, se trouvaient de nombreux globules blancs en voie de diapédèse.

La tunique interne était profondément altérée; dans l'intérieur du vaisseau, quelques débris endothéliaux, mais

surtout des cellules embryonnaires dont quelques-unes étaient fusiformes, remplissant la presque totalité du calibre du vaisseau.

Muscles. — Les faisceaux étant parfaitement reconnaissables dans les préparations, quelques-uns même paraissaient normaux, mais la majeure partie présentait une altération plus ou moins avancée.

Chez les uns, la striation transversale était quelquefois conservée, d'autres fois indiquée seulement par une ligne de granulations placées côte à côte. Les striations longitudinales étaient partout exagérées et dans certains cas même le faisceau primitif était totalement dissocié en fibrilles. Entre celles-ci, dans l'intérieur du myolemme, on voyait de nombreux noyaux qui s'étaient laissé colorer.

Ces faisceaux présentaient aussi des renflements de distance en distance, renflements séparés chez quelques-uns par une simple ligne, chez d'autres par une véritable segmentation où l'on ne distinguait plus que le sarcolemme reliant ces renflements musculaires, et dans l'intérieur duquel on apercevait des noyaux.

Nerfs — On n'a pas trouvé trace de nerfs, ni par l'acide osmique, ni par le chlorure d'or.

Quelques préparations traitées par les réactifs colorants particuliers (par le procédé de Gibbes principalement), afin de tâcher d'expliquer la raison des altérations qui étaient observées et de la contagiosité de l'affection, ont présenté de nombreuses granulations.

Ces granulations étaient sphériques, éparses pour la plupart, en groupe cependant sur quelques points. On en a trouvé quelques-unes groupées par deux et par trois, mais rares, et elles n'affectaient aucune forme particulière.

Elles ont résisté sans altérations à l'acide osmique.

Elles ont résisté aussi à l'action d'une solution de potasse. Toutes ces préparations ont été examinées au n° 9 d'étrnak.

V.

TRAITEMENT.

Tout fut essayé pour enrayer la marche envahissante et vaincre la ténacité de cette complication. Nous ne parlerons pas de tous les moyens employés, nous ne citerons que les principaux.

Notons en première ligne l'isolement des malades qui a été parfait lorsqu'ils ont été installés dans le nouveau pavillon.

Cette évacuation, en les éloignant du milieu dans lequel s'était développée l'affection, a permis de désinfecter complètement les locaux qu'ils avaient occupés et de mettre ainsi les nouveaux arrivants à l'abri de tout contage.

Le pulvérisateur de M. Lucas-Championnière ne cessa de fonctionner dans les salles pendant toute la durée de l'épidémie, imprégnant de ses vapeurs phéniquées tout ce ce qui s'y trouvait.

Le perchlorure de fer fut employé au début; on en faisait de larges applications au pinceau sur les surfaces dont on avait enlevé les fausses membranes avec la pince et le bistouri, car le râclage aurait été insuffisant à cause de leur épaisseur et de leur consistance. Ce traitement ne donna aucun résultat, sauf chez quelques malades légèrement atteints qui avaient été disséminés dans les différents services.

Le fer rouge qui, même dans les cas graves de pourriture d'hôpital, est le seul agent pouvant donner quelques

résultats, et qui est préconisé à juste titre par les plus grands chirurgiens, ne donna ici aucun résultat. Pendant 15 jours les malades furent torturés tous les matins ; on poursuivit le mal aussi vigoureusement que possible, mais tous les matins, sous l'eschare, on retrouvait une nouvelle couche envahie par le mal. Au début, on recouvrait le tout d'un pansement phéniqué, on le remplaça ensuite par la poudre de camphre et le jus de citron. Les plaies n'étaient découvertes que sous le jet du pulvérisateur.

Le seul traitement qui donna un prompt résultat, dont l'efficacité se manifesta presque immédiatement, fut celui qui consista à pratiquer à l'aide d'un bistouri des scarifications sur les membranes allant jusqu'au vif, et à les imbiber ensuite d'acide phénique pur que l'on appliquait à l'aide d'un pinceau de façon à le faire pénétrer dans toute leur épaisseur. Le pansement à la poudre de camphre et citron fut continué, mais le tout fut recouvert d'un cataplasme arrosé de vin aromatique.

Au bout de six jours de ce traitement renouvelé avec persévérance et quelquefois à deux reprises dans la journée, les plaies, que rien n'avait pu modifier, se détergèrent, l'induration diminua sensiblement, les bourgeons et la suppuration apparurent.

Le traitement fut relâché un jour chez le N° 37 dont la plaie présentait un aspect des plus satisfaisants, pour la panser avec de la tarlatane phéniquée. Le lendemain même on constatait une récidive, les bourgeons s'étaient affaissés, la plaie avait repris la teinte violacée, et enfin la membrane blanchâtre reparaissait par points. On revint au traitement et le jour suivant la plaie reprenait son premier aspect. En deux jours le terrain perdu fut regagné.

Vers la fin janvier, époque de notre départ de Saïgon, toutes les plaies étaient en bonne voie, et cet état continua

jusqu'à guérison complète. L'homme du cabinet, dont le moignon avait repris bon aspect, devait subir l'amputation du bras dès que son état général l'aurait permis, à cause des pertes de substance que le processus avait produit; nous avons appris qu'il est mort dans le marasme, emporté par la diarrhée qui ne l'avait jamais quitté complètement.

CONCLUSIONS.

L'allure clinique du processus et les phénomènes qui l'ont accompagné, les caractères macroscopiques et microscopiques de la pseudo-membrane, en font une complication tout-à-fait bizarre et particulière des plaies, différente de celles généralement décrites et observées.

Les nombreuses granulations qui ont résisté à l'acide osmique et à la potasse, peuvent suffire à expliquer les lésions inflammatoires observées et la contagiosité de la complication.

Le peu de résultat des cautérisations au fer rouge et des autres agents, l'efficacité incontestable de l'acide phénique pur, liquide anti-microbien par excellence, semblerait indiquer une origine parasitaire que l'examen histologique n'a pu suffisamment démontrer.

FIN.

Vu bon à imprimer :
Le Doyen,
J. BENOIT.

Vu :
Le Président censeur,
JAUMES.

Permis d'imprimer :
Le Recteur de l'Académie,
Correspondant de l'Institut,
G. CHANCEL.

QUESTIONS TIRÉES AU SORT

Auxquelles le Candidat doit répondre verbalement

en exécution de l'Arrêté du 22 mars 1842.

Chimie Médicale et Pharmacie.

La cause de la fermentation de l'urine et les produits de cette fermentation.

Physique Médicale.

Des phénomènes d'endosmose chez les êtres vivants.

Botanique et Histoire Naturelle Médicale.

Exposer la structure de la sangsue. De l'ergot de seigle.

Anatomie.

Du système porte.

Anatomie pathologique et Histologie.

De la gangrène, au point de vue de l'anatomie pathologique.

Physiologie.

De la lymphe et de ses fonctions.

Pathologie et thérapeutique générales

L'intoxication palustre est-elle la cause *sine quâ non* des affections morbides à quinquina?

Pathologie Médicale ou Interne.

De l'encéphalite et de son traitement.

Pathologie Chirurgicale ou Externe.

Des abcès métastatiques.

Thérapeutique et Matière Médicale.

Des préparations antimoniales.

Opérations et Appareils.

De la désarticulation du coude.

Médecine légale et toxicologie.

De l'empoisonnement par les champignons.

Hygiène.

Des moyens propres à vulgariser les notions d'hygiène.

Accouchements.

De la délivrance.

Clinique Interne.

Diagnostic de la tuberculisation générale aiguë.

Clinique Externe.

De la fièvre traumatique.

Clinique des maladies mentales et nerveuses.

De la lypémanie suicidique.

Titre de la Thèse à soutenir.

D'une complication particulière des plaies observée en Cochinchine.

SERMENT.

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'Exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !